6

OBSERVATION
DE TUMEUR DERMOIDE DU PLANCHER BUCCAL

Par M. J. DARDIGNAC

Médecin-major.

Le 15 novembre 1882, je reçois dans mon service, à l'Hôtel-Dieu de Saint-Etienne, le jeune soldat D..., de la classe 1881, incorporé depuis quelques jours au 19e régiment de dragons. Ce jeune homme, brun, d'un tempérament nerveux et vigoureusement constitué, se présentait avec le diagnostic : « Grenouillette ».

D... n'accuse aucun antécédent, sauf des fièvres intermittentes qui, après avoir persisté deux ans, 1878 et 1879, disparurent sans intervention médicale.

Il lui est impossible de donner des renseignements complets sur l'affection actuelle. En février 1882, ses parents le firent apercevoir d'une tuméfaction qui se développait sous le menton. En même temps sa voix changeait de timbre, devenait confuse, la parole était embarrassée, et la nuit il était devenu ronfleur. Cette tumeur s'est développée insensiblement sans provoquer d'accident. Au conseil de révision, la tumeur moins développée qu'aujourd'hui — car elle a surtout progressé depuis 8 mois — fut constatée par le médecin expert. La tumeur occupait d'abord le milieu de la cavité sublinguale, d'abord logée au sommet de la concavité du maxillaire inférieur, puis gagnant peu à peu la base de la langue qu'elle refoulait bientôt en arrière. Elle était accompagnée d'une gêne de plus en plus grande pour parler, et pour manger : la déglution est difficile; la nuit il suffoque, quelquefois il est réveillé par des étouffements et il ne peut dormir qu'avec la bouche ouverte. Toutes les fonctions sont normales.

Examiné la bouche fermée, l'ovale du visage paraît allongé, au-dessous du menton, par une tumeur qui fait à la région sus-hyoïdienne une saillie très appréciable. Cette tumeur recouverte par la peau saine, est sphérique, lisse, indolente, occupe tout l'espace compris entre l'os hyoïde et la concavité de l'os maxiliaire. Elle ne gêne aucun mouvement du maxillaire, permet la déglutition de la salive et ne trouble aucune fonction, sauf la voix parlée, on croirait alors que le malade a la bouche pleine.

Revue de Chirurgie T. IV. 1884

La bouche étant largement ouverte, on ne voit pas la langue qui est refoulée en arrière et en haut, la pointe étant appliquée sur la portion membraneuse de la voûte palatine : elle est remplacée par une tumeur volumineuse, arrondie, remplissant exactement l'espace compris entre la base de la langue et l'os maxillaire. Cette tumeur, indolente, n'empêche aucun mouvement de la langue, qui peut facilement être projetée hors de la bouche : elle est également étalée des deux côtés du frein, qui imprime à sa surface une légère dépression médiane, aussi, a-t-elle l'aspect très légèrement bilobée. Elle refoule en avant les canaux de Warthon, dont on voit bien les *ostium ombilicale*, en avant, éloignés de trois centimètres environ : ceux-ci ne sont pas oblitérés, car une pincée de sel déposée dans le voisinage du frein, fait sourdre un flot de salive. La tumeur est lisse, très tendue, mais non transparente; la muqueuse qui la recouvre paraît adherer avec elle, elle a conservé sa coloration normale. En la pressant entre les deux index, on perçoit nettement de la fluctuation, mais une pression plus forte donne l'idée d'une certaine rénitence dans la profondeur. Cette sensation particulière devient encore plus nette si l'exploration de la tumeur est faite une main placée dans la cavité buccale, l'autre à la région sus-hyoïdienne : alors on déplaçe — mais faiblement — la tumeur en masse, car elle remplit la totalité de l'espace susindiqué.

En définitive, on était en présence d'une tumeur à développement lent, congénitale, unique sans doute, lisse, incompressible, occupant exactement tout le plancher buccal, liquide peut-être — la fluctuation étant difficile à affirmer — développée exclusivement dans la région sublinguale et refoulant, par son volume, qui peut déjà être comparé à une grosse mandarine, en bas, les muscles qui séparent anatomiquement la bouche de la région sus-hyoïdienne où elle proémine; en haut, la langue dont elle applique la pointe contre le voile du palais.

Le diagnostic de cette tumeur a présenté quelques difficultés et j'avoue même que celles-ci ne se dissipèrent qu'au moment de l'intervention opératoire. On pouvait conclure par exclusion, soit à une tumeur kystique du tissu cellulaire de la bourse de Fleischmann, soit à un hyste dermoïde du plancher buccal.

Les glandes sublinguales, les glandes sous-maxillaires, ainsi que leurs conduits, étant dans un état normal, on pouvait encore penser à une grenouillette non glandulaire, c'est-à-dire à une tumeur kystique indépendante des glandes salivaires, développée dans le plancher buccal et dont le développement progressif aurait refoulé en bas la cloison musculaire sus-hyoïdienne. Gosselin a publié une observation de kyste hydatique. Les kystes sanguins étudiés par Dolbeau et dus à une tumeur érectile de la région, se présentent avec des caractères spéciaux, autres que ceux que j'ai énumérés ;

les kystes congénitaux, ordinairement multiloculaires, empiètent sur la région cervicale.

Mais il y avait lieu aussi, dans cette région, de penser aux autres tumeurs indépendantes des conduits salivaires, à un kyste dermoïde [1], à un lipome du plancher, à une tumeur ganglionnaire.

Quoi qu'il en soit, l'intervention réclamée par le malade devait, au début, être la même dans le cas de tumeur dermoïde ou de kyste séreux. Je décidai en conséquence, de pratiquer une ponction qui aurait le double avantage d'éclairer le diagnostic et de dicter le traitement.

Opération. — Le 24 novembre 1882, assisté de mon excellent collègue et ami, M. le médecin-major Cadot et en présence de M. André, médecin-major de première classe, chef du service militaire à l'Hôtel-Dieu, je procède à l'opération.

Le malade étant assis, la bouche largement ouverte et la tête solidement maintenue par un aide, avec un trocart à hydrocèle assez volumineux, je pratiquai une ponction sur le côté gauche de la tumeur, à trois centimètres en arrière de l'orifice du canal de Warthon. La pression dut être assez forte, car j'éprouvais une certaine résistance pour faire pénétrer l'instrument : immédiatement, issue d'un liquide clair, transparent, séreux, semblable au liquide de l'hydrocèle; ce n'était donc pas un kyste salivaire. Malgré des pressions répétées sur tous les points, il ne sortit environ que 70 ou 80 grammes de liquide. Le kyste pouvant être multiloculaire, je pratiquai une nouvelle ponction du côté droit : il ne sortit rien. La tumeur existant toujours, dure, indolente, lisse et plus mobile, libérée seulement du liquide extrait, je pensai immédiatement à une tumeur dermoïde, que je me mis en devoir d'extraire.

Soulevant avec une pince la muqueuse voisine du frein, j'en coupai un morceau d'un coup de ciseau; avec le bistouri, je fis à droite et à gauche, à égale distance du frein, des orifices et des canaux de Warthon, des incisions de trois centimètres environ, parallèles aux arcades dentaires. Avec le doigt glissé sous la muqueuse qui se laisse facilement décoller, je constatai une tumeur occupant toute la région sublinguale et descendant vers l'os hyoïde, en arrière, tandis qu'en avant elle paraissait tenir très profondément, et sur la ligne médiane, au maxillaire inférieur. Bien qu'adhérente en certains points aux tissus voisins, elle est cependant énucléable, car la paroi paraît solide et résistante. La saisissant solidement de la main gauche avec des pinces, j'opérai des tractions en haut et en avant, tandis que de la main droite, armée alternativement de la spatule ou du bistouri, je la décollai des parties environnantes. Pendant ces ma-

1. Nicaise. Kyste dermoïde canaliculé de la bouche (*Bul. soc. chir.*, 1881, p. 498).

nœuvres, nous vîmes sortir par l'orifice de la ponction exploratrice, une matière homogène, blanche, rubanée, semblable à du suif ou à du mastic, probante de la nature de la tumeur. Celle-ci fut facilement libérée dans ses parties supérieure et postérieure, car elle n'était unie à la muqueuse linguale sus-jacente, que par un tissu cellulaire lâche, mais latéralement et surtout à la partie inférieure, elle était très unie aux muscles de la région et son extraction fut laborieuse : avec le doigt, je pus me rendre compte de son adhérence intime avec le maxillaire inférieur, dans la région des apophyses géni.

Le malade très fatigué et suffocant, je dus hâter l'opération et sectionner le point d'implantation de la tumeur que je ne pouvais atteindre commodément ; mais afin de retrouver ce petit lambeau, je jetai au préalable un double fil de soie que je liai très fortement pour faire une sorte de pédicule facile à retrouver. On sait, en effet, que souvent ces tumeurs congénitales adhèrent intimement au périoste sous-jacent et qu'il faut détruire ces adhérences, car ces sortes de tumeurs se reproduisent facilement si on ne les extirpe pas en totalité.

25 novembre matin. — Le moindre mouvement de la langue occasionne d'atroces douleurs avec retentissement dans les oreilles.

Le jour suivant, réaction inflammatoire assez vive.

27. — Le malade se trouve mieux. Il avale facilement les liquides et peut ouvrir largement la bouche. (Température m. 36° 8). La tuméfaction a diminué des 2/3. Avec la sonde, je soulève le lambeau de la muqueuse sublinguale, et je puis avec le doigt déchirer et retirer des débris de tissu cellulaire sphacélé : j'arrive facilement sur les apophyses geni, où, saisissant avec des pinces le pédicule laissé à dessein, je le détache de son insertion à l'os en raclant fortement avec la pointe de la spatule, il s'écoule un peu de sang. (Température s. 37° 4). Alimentation légère : œufs, panade, vin. — Eau alcoolisée, cataplasmes.

28. — Excellent état général, parole facile, tous les mouvements de la langue sont récupérés. La plaie suppure franchement et bourgeonne, mais un stylet introduit entre les bords, pénètre sur la ligne médiane à une profondeur de cinq centimètres : craignant une adhésion des bords avant la cicatrisation de toute la cavité, j'introduis un long crayon de nitrate que je promène sur tous les points non recollés; je me propose en cautérisant plusieurs fois, de ne laisser adhérer les lèvres de la plaie que quand la cicatrisation sera complète en marchant du fond de la surface.

12 décembre. — D.., complètement guéri, sort de l'hôpital. Cicatrice très solide; la muqueuse sublinguale, un peu épaissie, adhère bien aux muscles qu'elle recouvre.

Examen de la tumeur. — La tumeur extirpée est un kyste dermoïde, occupant la ligne médiane de la cavité sublinguale, reposant profondément sur les muscles mylo-hyoïdiens et génio-glosse des deux côtés, et paraissant avoir pris naissance près ou sur les apophyses géni où elle était comme implantée. De la grosseur d'une mandarine, elle est sphérique, lisse, à parois épaisses et très vasculaires; la déchirure des adhé-

rences latérales et profondes fut longue et accompagnée d'un écoulement de sang si abondant, qu'il fallut terminer rapidement l'extirpation. La paroi d'enveloppe ne présente aucune ouverture sauf celles qui, à droite et à gauche, résultaient des ponctions exploratrices et par lesquelles s'est écoulé de cette poche uni-loculaire, le liquide qui occupait la partie supérieure, tandis que la partie inférieure, soit environ les $^5/_6$, était occupée par de la matière sébacée.

Le liquide séreux, transparent, légèrement jaunâtre, contenait de l'albumine. La paroi, divisée en deux segments et étalée, découvre le contenu de consistance molle, graisseuse, qui adhérait très faiblemenl au revêtement interne, rougeâtre et velouté; le contenu ayant été examiné avec beaucoup de soin, par dissolution dans l'éther, je n'ai pu y trouver de poils, mais seulement des cellules épithéliales, noyées dans un amas de globules de graisse. La partie importante était la paroi dont l'analyse histologique s'imposait comme complément de l'observation. Mon maître et ami, M. Laulanié, professeur d'anatomie générale à l'école vétérinaire de Toulouse, a bien voulu étudier un fragment de la tumeur. Je consigne ici la note rédigée à ce sujet, en le priant d'accepter tous mes remerciements.

« Les présomptions dont vous m'avez fait part, touchant la nature du kyste, sont pleinement confirmées par le résultat de mes observations. Les parois ont en effet, tous les caractères d'une membrane tégumentaire, et j'ajoute que par la disposition de la couche épithéliale, elles se rapprochent de la peau plus que de tout autre tégument.

« La membrane du kyste se compose de deux couches : un derme et un épithélium, tapissant sa face interne.

« Le derme dépourvu de papilles ne présente rien de spécial. Il est constitué par des faisceaux connectifs entre-croisés dans tous les sens et de fibres élastiques assez uniformément distribuées : les vaisseaux y sont très nombreux, surtout dans les parties profondes et dans le tissu conjonctif sous-dermique où se trouvent les sections de volumineuses artérioles. Je n'ai trouvé aucune trace de glandes ou de follicules pileux. En revanche, j'ai été frappé par la présence d'éléments accumulés en très grand nombre en certains points du derme, et qui rappellent les sections transversales des fibres musculaires lisses ; j'avoue que c'est là un point obscur et sur lequel je ne me prononce pas.

« L'épithélium est tout à fait caractéristique, car on y retrouve toutes les couches de l'épiderme :

« 1° Le corps muqueux de Malpighi, avec son assise profonde de cellules normales au plan du derme et le pointillé spécial qui dessine le contour des cellules et qui répond aux crénelures dont ces éléments sont pourvus;

« 2° Une mince couche de cellules aplaties et remplies de fines granulations d'éléidine, qui ont vivement fixé le carmin (*stratum granulosum*);

« 3° Le *stratum lucidum* est moins net, mais on le distingue assez facilement en quelques points;

« 4° Enfin la couche cornée qui atteint dans toutes les parties où elle a été conservée, une épaisseur considérable.

« Le contenu d'apparence stéatomateuse, que j'ai trouvé dans le kyste, est entièrement formé de lamelles épithéliales et surtout de cellules remplies de graisse ou de gouttes graisseuses.

« Il est facile de reconnaître à tous ces caractères une forme de ces productions, que l'on désigne sous le nom de kystes dermoïdes. »